

3

Desigualdades Sociais e Saúde

Luísa Ferreira da Silva, Amélia Augusto, Bárbara Bäckström e Fátima Alves

Introdução

Falar de desigualdades sociais é fazer referência a um sistema hierarquizado em função das categorias socioprofissionais, do nível de estudos, da família de origem e também do sexo, da idade, da origem étnica, etc. A saúde, medida pela maior ou menor probabilidade de morrer em determinada idade, acompanha essa escala hierárquica no sentido inverso. Isto é, à medida que se desce na escala social, aumenta a probabilidade de morrer mais cedo. Numa análise da mortalidade da população ativa portuguesa, (Ferreira e Silva, 2007) mostraram que os indivíduos com estatuto socioprofissional mais elevado morrem mais tardiamente do que os trabalhadores manuais, especializados e não especializados. Muitos outros estudos têm pesquisado os fatores que determinam este estado das desigualdades, demonstrando a sua relação com o nível económico, as profissões, o estado matrimonial, a localização geográfica, etc.

Este capítulo apresenta uma panorâmica da questão das desigualdades em saúde, acentuando especificamente as problemáticas de género, das populações migrantes e das pessoas com doença mental.

A saúde e a doença transportam a marca do social

Luísa Ferreira da Silva

As diferenças na mortalidade dos grupos sociais são conhecidas desde o século XIX (em Inglaterra e em França) e tiveram alguma influência nas políticas de saúde pública que os poderes políticos de então implementaram, nomeadamente de higiene e saneamento. As preocupações com a saúde e o meio social foram entretanto secundarizadas como preocupação, durante os primeiros três quartéis do século XX, o século que assistiu a tais progressos da medicina clínica que quase acreditou na capacidade de vencer a doença por via da intervenção médica.

A primeira explicação proposta para as desigualdades sociais em saúde, no século XVIII, foi de tipo moral, responsabilizando “os maus costumes de vida” das classes pobres. No século XIX ficou demonstrado que a responsabilidade não era dos costumes dos pobres, mas das condições materiais em que eles viviam, amplamente documentadas como insalubres. No século XX, os sucessos da medicina clínica (os antibióticos como paradigma), cirúrgica (o transplante de coração como expoente

da capacidade ilimitada) e preventiva (vacinas) apontavam para que a solução dos problemas de saúde residiria em bons e suficientes serviços médicos.

Nas últimas décadas do século XX, a avaliação da saúde recentrou-se na análise das taxas de mortalidade diferenciais e verificou-se com surpresa que, apesar de todos os progressos conseguidos no tratamento da doença, a medicina tinha tido pouca influência nas desigualdades perante a morte e a doença. Ao mesmo tempo que a mortalidade geral tinha recuado para idades mais avançadas, as diferenças entre as classes sociais tinham-se mantido e até agravado. Em 1980, o "Relatório Negro" (Townsend e Davidson, 1983), de um grupo de trabalho constituído na Grã-Bretanha por indicação do departamento governamental da saúde e dos serviços sociais, constata que o risco de morrer era duas vezes e meia mais elevado nas ocupações não qualificadas do que nas profissões liberais.

Numa evolução a longo prazo, a melhoria das condições de vida (progresso na administração das cidades aos vários níveis económico, habitacional e alimentar) levou a que desde o final do século XVIII se verificasse uma diminuição da mortalidade infantil e da mortalidade geral o que, com a diminuição da fecundidade, teve efeitos no aumento e envelhecimento da população (McKeown, 1990). Mas, paralelamente, aumentou a desigualdade entre os países e aumentou também a desigualdade no interior dos próprios países, entre os grupos sociais mais e menos favorecidos. Ou seja, melhoraram as condições de vida média das populações, com resultados na diminuição da mortalidade nas várias idades e nas várias classes sociais (menos incidência de doenças contagiosas e maior capacidade de as vencer), mas, ao mesmo tempo, aumentou o desnível entre a mortalidade das classes superiores e inferiores, ou seja, as transformações sociais que acompanharam a industrialização e a urbanização beneficiaram mais a saúde das classes superiores.

Em Inglaterra, onde este tipo de estudos tem sido muito desenvolvido, sabe-se que a probabilidade de morrer dos adultos (20-64 anos) aumenta progressivamente para mais do dobro à medida que se passa das ocupações não qualificadas para as profissões liberais.

Vários estudos mostram que a classe social dos pais também se reflete na mortalidade infantil, com os bebés filhos de pais da classe social V a terem duas vezes mais probabilidades de morrer no primeiro ano de vida do que os de pais da classe I (Nettleton, 2001). Em França existe uma diferença de 9 anos na esperança de vida aos 35 anos entre os operários não qualificados e os professores universitários, por exemplo (Desplanques, 2009). Em Portugal, a análise dos dados relativos ao quinquénio 1992-96 mostrou que a taxa de mortalidade infantil das crianças filhas de mães analfabetas ou sem frequência de instrução básica é mais de oito vezes superior à das filhas de mães com curso superior (Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 1997). Estas são constantes que se verificam na generalidade dos países, como muitos estudos têm vindo a demonstrar. A profissão, associada ao rendimento e ao nível de instrução, tem um papel determinante nas desigualdades perante a morte, exercendo direitos mais ou menos diretos nas condições de vida e de trabalho, com exposição a riscos específicos (acidentes, intoxicações, etc.) e moldando estilos de vida diversos.

As desigualdades em saúde encontram-se não só na mortalidade mas também na morbilidade. Não é fácil fazer comparações entre dimensões da doença (saber quem tem mais doenças, que tipo de doenças, qual a sua gravidade, etc.), porque nem todas as doenças são declaradas nem registadas por critérios comparáveis de forma confiável. Mas são conhecidos muitos fatores de desigualdade na doença, a níveis do diagnóstico, do tratamento, do acesso a cuidados, por exemplo. Entre médicos diferentes verificam-se diferenças de diagnóstico para uma mesma situação, confirmando-se além disso a tendência para diagnosticar mais ou menos determinado tipo de doenças quando se comparam sistemas de saúde de diversos países. Vários estudos têm mostrado que determinadas doenças (do foro respiratório, ou cardiovascular, por exemplo) são menos frequentemente diagnosticadas às mulheres do que aos homens, independentemente da gravidade dos sintomas. Nessa diferença jogam os aspetos culturais que no/a doente orientam a expressão dos sintomas – as mulheres queixam-se menos do que os homens dos problemas respiratórios do tipo pigarro, ressonar, etc. – e, no médico, orientam a interpretação dos sintomas apresentados – as “dores no peito” das mulheres são muitas vezes diagnosticadas como ansiedade, sem realização de exames complementares de diagnóstico (Saurel-Cubizolles e Blondel, 1996).

Nas últimas décadas do século XX, a avaliação da saúde recentrou-se na análise das taxas de mortalidade diferenciais e verificou-se com surpresa que, apesar de todos os progressos conseguidos no tratamento da doença, a medicina tinha tido pouca influência nas desigualdades perante a morte e a doença.

Uma forma de medida que mostra a incidência diferencial da doença é a autoperceção da saúde ou saúde autodeclarada, medida pela perceção que dela têm os próprios indivíduos. De uma forma geral, as pessoas com níveis de instrução e de rendimentos mais baixos têm uma perceção mais negativa da sua saúde. No entanto, são as pessoas com melhores condições de vida – instrução e salário mais elevado – que mais procuram os serviços médicos em fases precoces da doença ou em atitude preventiva.

Na explicação deste tipo de diferenças que se verificam nos comportamentos de saúde e doença estão fatores objetivos exteriores à própria pessoa, ligados ao capital económico e que influenciam o leque de possibilidades de decisão. É disso exemplo o facto de as pessoas com empregos mais qualificados e melhor remunerados terem habitualmente maior flexibilidade na gestão do seu tempo (empregos com menor rigidez de horários) e mais facilidade de acesso aos serviços privados, por exemplo.

Outras razões, mais do domínio subjetivo, relacionadas com o capital cultural ou a posição simbólica na hierarquia das distinções sociais, incluem-se no conceito de estilo de vida que abarca as formas de viver no quotidiano e onde se incluem os grupos sociais com quem se convive, a ocupação dos tempos livres, os alimentos que se escolhem e o tipo de refeições que se faz, os hábitos de exercício físico e os comportamentos de risco como fumar, beber em demasia, tipo de condução automóvel, etc. Estes modos de ser e de fazer são variáveis nos grupos sociais e, estando profundamente imbricados não só nos condicionalismos objetivos de tipo económico (que determinam o local e tipo de habitação, horários de trabalho,

tempo e tipo de transportes, condições de trabalho, alimentação, tempo de lazer, etc.), refletem-se em variações culturais que a partir deles se estruturam (gostos alimentares, hábitos desportivos, locais de convívio, modos de lazer, etc.). É hoje aceite que a experiência subjetiva do mundo social, influenciando a autoestima e o sentimento em relação com a vida, influencia, conseqüentemente, a saúde (Babones, 2010).

As desigualdades em saúde encontram-se não só na mortalidade mas também na morbilidade. Não é fácil fazer comparações entre dimensões da doença (saber quem tem mais doenças, que tipo de doenças, qual a sua gravidade, etc.), porque nem todas as doenças são declaradas nem registadas por critérios comparáveis de forma confiável.

Os estilos de vida do grupo de inserção em que somos socializados moldam as nossas convicções e organizam as oportunidades de experiências sociais em que participamos. É nesse contexto que se forjam as nossas ideias de saúde e doença, as crenças e os conhecimentos sobre o nosso corpo, as expectativas em relação ao futuro, etc. As posições de classe refletem-se assim em ati-

tudes e práticas que distinguem os grupos e identificam formas de fazer com valores e ideais próprios que estão na base da relação com o corpo do ponto de vista do seu uso (trabalhar em ambiente de escritório numa secretária, ou trabalhar na fábrica a transportar pesos, por exemplo) e, conseqüentemente, também do ponto de vista da relação que com ele se mantém ao nível da percepção dos seus sinais (ser mais ou menos sensível à dor, preocupar-se ou não com uma mancha na pele, dar importância a um mal-estar ligeiro mas constante, etc.) (Boltanski, 1971). É essa percepção dos sinais do corpo que vai estar na base da ação de procura de cuidados para prevenir eventuais riscos associados a esses sinais (Korp, 2008).

Como que em espelho, também as atitudes dos profissionais de saúde são influenciadas pela sua posição social e respetivo capital cultural que, por via da sua formação especializada, os distancia da percepção que têm os utentes (ou leigos, isto é, não especializados sobre o que respeita ao corpo e ao seu funcionamento), e cria barreiras à comunicação que se manifesta em mútua incompreensão (o profissional que não dá atenção às queixas do doente porque “não têm nada a ver com o caso” e o leigo que não segue as orientações terapêuticas porque “os médicos falam bem, mas eu é que sei o que faz bem ou não”). A par dessa distância motivada pelo conhecimento científico *versus* saberes leigos, o estatuto social do médico (ou enfermeiro) tem uma dimensão simbólica de poder-autoridade associada à especialização, tem uma dimensão simbólica que causa, no doente, um afastamento de tipo cerimonioso responsável pela dificuldade no diálogo franco e espontâneo (“não percebi o que ele disse, mas também não perguntei”) e também pela retração na decisão de recorrer ao médico (“já lá devia ter ido há mais tempo, mas eu não queria ir incomodar”).

Vemos assim como os fatores materiais como o rendimento e a escolaridade influenciam as várias dimensões da vida, desde as condições de trabalho às condições da vida em sociedade e, em consequência, afetam a maneira de ser e de estar no mundo, dos indivíduos. Esta constatação não se refere apenas ao nível psicológico individual, mas abrange os grupos e as comunidades (de vizinhança,

de relações étnicas, etc.) e as relações sociais que elas organizam. Estar melhor ou pior inserido numa rede social extensa e com laços fortes de amizade, de convívio, de entreatajuda, é um dos fatores influentes na saúde e na doença, bem como no evitamento ou na adoção de comportamentos de risco (Dominguez e Arford, 2010).

Em suma, a saúde é um fenómeno imbricado na cadeia das relações sociais que estruturam o social, o que é o mesmo que dizer que as desigualdades em saúde questionam que ela seja terreno exclusivo da medicina.

Veremos mais em pormenor a marca do social no que respeita a duas categorias particularmente reveladoras da distinção simbólica que as sociedades constroem: as mulheres e os/as migrantes. Em seguida, trataremos do mesmo tema no que respeita à saúde e doença mental, uma categoria que frequentemente é esquecida nas análises sobre saúde e doença.

Género e saúde

Amélia Augusto

Uma das observações mais frequentes e persistentes no âmbito dos estudos de género e da saúde diz respeito às diferenças nas taxas de mortalidade e morbilidade (doença) entre os homens e as mulheres nos países industrializados, sendo que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, mas estas tendem a ter taxas de morbilidade mais elevadas. As mulheres também reportam mais sintomas, procuram mais cuidados médicos, declaram mais incapacidade de trabalho, têm um maior número médio de dias de hospitalização (parto excluído), usam mais medicação, sofrem mais de doenças crónicas (embora menos severas) e têm uma mais baixa autoavaliação em saúde (Macintyre *et al.*, 1996; Silva e Alves, 2002). Uma grande variedade de medidas em saúde foi usada para dar consistência a um campo de produção científica que demonstrava a pior saúde das mulheres, quando comparada com a dos homens, independentemente de outras poderosas influências, como a idade ou a classe social (Annandale e Hunt, 1990).

A procura da explicação das diferenças de mortalidade e morbilidade entre homens e mulheres, conjuntamente com a discussão dos modos como as circunstâncias sociais das mulheres afetavam a sua saúde foram parte fundamental do advento das teorias feministas, na década de 70, do século passado. A distinção entre género (social) e sexo (biológico) era essencial para esta corrente teórica, que defendia que as desigualdades em saúde eram socialmente produzidas e não biologicamente dadas, pelo que poderiam ser minimizadas e mesmo erradicadas através de mudanças na estrutura e na ordem sociais (Annandale e Hunt, 2000). Decorrente da influência teórica destas contribuições, o sexo passou a ser entendido como fazendo alusão às diferenças biológicas entre homens e mulheres, diferenças essas geneticamente determinadas. Já o género passou a ser entendido como sendo socialmente construído.

O conceito de construção social remete para o facto de as características importantes de algo, neste caso do género (masculinidade e feminilidade), serem criadas

e influenciadas pelas atitudes, ações e interpretações dos membros de uma sociedade. No entanto, e embora esta distinção entre sexo e gênero se tenha tornado amplamente divulgada na sociologia, e tenha passado a ser usada com claro valor heurístico em várias áreas para além dos estudos do gênero, ela tem vindo a ser contestada. Broom (2008) diz que a dicotomia sexo/gênero está amplamente presente nos estudos sobre saúde, mas considera que esta é precisamente uma área onde essa dicotomia é mais questionável, pois parece sugerir que determinados aspetos são puramente biológicos e, logo, isentos do significativo e socialmente organizado processo de gênero; enquanto que outros são puramente sociais ou psicológicos e, por isso, imunes à materialidade dos corpos. Também as contribuições da sociologia do corpo têm vindo a questionar as fronteiras entre a natureza e a cultura, entre o biológico e o social, muito particularmente no que respeita às questões da saúde, recorrendo ao conceito de *embodiment* para dar conta dessa relação.

Silva e Alves (2002:11) afirmam que hoje se “considera a existência do feminino e do masculino como resultado dessa contínua interpenetração entre a «natureza natural» e a «natureza social», resultado da aquisição feita pela humanidade na sua história sociocultural”. Também Doyal (2001) procura esclarecer os laços complexos que existem entre gênero, sexo e saúde, avançando a necessidade de uma agenda mais sensível ao sexo e ao gênero na investigação médica, na distribuição de serviços de saúde e nas políticas sociais.

O termo gênero é usualmente conotado com as mulheres, mas é claramente mais do que isso, e também significa mais do que homens e mulheres, enquanto categorias demográficas. O gênero dirige-se, sobretudo, para aspetos da estrutura social e para um sistema de práticas sociais que constitui as pessoas como diferentes. Este plano de diferenças não remete apenas para diferenças psicológicas, sociais e culturais, implica que se fale em desigualdade. “Gênero é um sistema de práticas sociais existentes na sociedade que constitui as pessoas como diferentes de modos socialmente significativos e que organiza relações de desigualdade com base nessas diferenças” (Ridgeway e Lynn, 1999:192).

Foi nos finais de 1970 que emergiu esta ortodoxia que colocava o gênero acima de todos os outros aspetos produtores de desigualdades em saúde, tendo constituído um aspeto incontornável nas muitas investigações que então foram produzidas neste campo. De acordo com esta perspetiva, as profundas desigualdades nas experiências de homens e mulheres na esfera do trabalho remunerado e do trabalho doméstico tinham consequências diferenciadas em saúde, claramente graves para as mulheres. O *stress* causado pela ocupação de papéis sociais fortemente genderizados e por uma socialização de gênero que desde cedo atribui diferentes responsabilidades e confere desiguais privilégios a homens e mulheres, conjuntamente com uma estrutural e desigual distribuição de recursos, eram motivos apontados como fatores geradores de desigualdades em saúde (Annandale e Hunt, 2000; McDonough e Walters, 2001).

O crescimento de um movimento feminista na saúde, e as investigações académicas na área do gênero e da saúde vieram chamar a atenção para a ausência

das mulheres na medicina, cuja história denota um claro *bias* em favor dos homens, entendidos como medida e referência; mas também para a sua ausência nas ciências sociais, onde os estudos, maioritariamente conduzidos por homens, ignoravam metade da população. No entanto, segundo Broom (2008), uma crítica semelhante poderia ser realizada pelas mulheres “de cor” e às próprias feministas, por não terem tido em conta o significado da raça e da etnicidade, o que denuncia uma tendência para homogeneizar as categorias de género, como se todas as mulheres fossem iguais e partilhassem os mesmos interesses e modos de ser, como se, no seu conjunto, as mulheres fossem todas iguais e diferentes de todos os homens. O desafio que é aqui colocado aos estudos da saúde e género é o da necessidade de incorporarem as múltiplas formas geradoras de desigualdade que os indivíduos experimentam nas suas vidas, como sejam a classe social, a etnia e a raça. O género, não obstante a sua importância, deve ser entendido em conjugação com todos os outros fatores. Bates *et al.* (2009) apontam o crescente reconhecimento dos limites em tratar o que designam por categorias individuais de identidade ou opressão – classe social, género, raça, etnicidade, orientação sexual – de modo isolado. No seu entender, um enfoque exclusivo no *status* genderizado das mulheres ou nas diferenças entre homens e mulheres sem ter em conta outras dimensões da hierarquia social e outros eixos de relações de poder pode ofuscar uma heterogeneidade que é importante.

Esta crítica faz parte de uma crítica mais abrangente à ortodoxia a que já se fez referência e que desde meados de 1990 começou a ganhar corpo nos estudos de género. Annandale e Hunt (2000) consideram que as mudanças em vários domínios da vida social exigem uma abordagem de género mais inclusiva, que seja sensível à complexidade social, conjuntamente com uma consciência de novas formas de igualdade e desigualdade relacionadas com o género, que estão a emergir tanto entre homens e mulheres, como em subgrupos de mulheres e em subgrupos de homens.

Numa pesquisa que procurava detetar a direção e a magnitude das diferenças de género e saúde, usando uma variedade de medidas de saúde em diferentes momentos do ciclo de vida, Macintyre *et al.* (1996) chamaram a atenção para o facto de muitas das verdades assumidas sobre género e saúde não serem assim tão simples. Não negam a existência de evidências substanciais de diferenças de género numa série de resultados em saúde durante a maior parte da vida adulta, mas consideram que tal não permite minorizar os dados que não confirmam ou até podem negar o padrão quase universal da excessiva morbilidade feminina. No seu estudo, este excesso das mulheres nos padrões da morbilidade só é consistentemente encontrado ao longo do ciclo de vida para as manifestações mais psicológicas de *stress*, sendo muito menos aparente, e mesmo contrário, para uma série de sintomas e condições físicas.

A investigação nesta área, nas últimas décadas, apoiou fortemente a visão de que as diferenças de género em saúde estão enraizadas nos papéis sociais. Macintyre *et al.* (1996) recordam as muitas mudanças sociais que se têm feito sentir nos papéis sociais, chamando a atenção para o facto de muitas delas poderem ter modificado as experiências de saúde de homens e mulheres. É neste sentido que

sustentam que para compreender o processo que produz ou mantém as diferenças de gênero na saúde é importante ter em conta o contexto histórico e social das observações, ter uma visão de saúde mais específica em relação à idade, ter em atenção as medidas de morbilidade usadas e as condições ou sintomas analisados.

O desafio que é aqui colocado aos estudos da saúde e gênero é o da necessidade de incorporarem as múltiplas formas geradoras de desigualdade que os indivíduos experimentam nas suas vidas, como sejam a classe social, a etnia e a raça.

Também McDonough e Walters (2001) fazem referência às mudanças que têm vindo a ocorrer na alocação genderizada dos papéis sociais, nomeadamente as provocadas pela entrada massiva das mulheres no mercado de trabalho, e às consequências em saúde que essas mudanças podem implicar. Mudanças

e consequências que poderão ser ambivalentes para as mulheres, já que embora lhes possam ter permitido aceder às várias recompensas do trabalho pago, também as expuseram a mais riscos de saúde.

Não obstante a necessidade de as investigações no campo do gênero e da saúde estarem abertas à descoberta de padrões variáveis, o que pressupõe a não adoção de um padrão de diferenças de gênero relativamente indiferenciado para todas as condições, a verdade é que o excesso das mulheres ainda existe em muitas formas de morbilidade. O desafio da investigação nesta área passa por continuar a explorar os modos como o gênero permanece um importante fator de desigualdade, com impactos em saúde, ao mesmo tempo que se reconhece e se procura captar a diversidade de experiências dentro e entre os gêneros.

Através da constituição da Comissão para os Determinantes Sociais em Saúde, a Organização Mundial de Saúde promoveu uma análise global sem precedentes a fim de compreender a natureza e a extensão das desigualdades sociais em saúde no mundo, avançando várias recomendações no sentido de melhorar as graves situações detetadas. O relatório final desta Comissão é de 2008, e inclui um capítulo intitulado "Igualdade de Gênero", que sublinha e reitera o gênero como um determinante social de saúde. O gênero é aí entendido como um fenómeno estrutural, enraizado em relações desiguais de poder, e que não deve ser conotado apenas com valores, papéis e comportamentos sociais, providenciando o relatório a ilustração de diversas situações nas quais estas desigualdades entre homens e mulheres se traduzem em consequências nefastas para a saúde das mulheres (CDSS, 2010).

Bates *et al.* (2009), embora reconheçam a importância de colocar inequivocamente o gênero como um dos mais importantes determinantes de saúde a nível global, criticam a abordagem que a Comissão faz às questões de gênero, por considerarem que em muitos aspetos não traduz a teoria de gênero contemporânea. E, segundo as autoras, tal deriva da equivalência que é feita entre gênero e saúde e mulheres e saúde, o que perpetua a perceção do gênero como afetando sobretudo as mulheres e denota uma clara negligência em relação à masculinidade e à saúde dos homens.

Como já foi referenciado, as feministas acadêmicas foram as primeiras a chamar a atenção para a ausência das mulheres como objetos de investigação em saúde e para o uso dos homens como padrão, nesses estudos. O resultado, contudo, tem sido uma excessiva ênfase nas mulheres, em que "gênero e saúde" se tornou, como já vimos, sinônimo de "saúde das mulheres". Annandale e Hunt (2000) dizem que ainda hoje existe a tendência para, em comentários sobre gênero e mudança social, avançar com a experiência das mulheres, deixando a experiência masculina como um pano de fundo desarticulado.

As investigações demonstram que as mulheres adotam crenças e comportamentos de saúde mais positivos do que os homens e que têm estilos de vida mais saudáveis, o que tem vindo a ser entendido como explicação para o facto de elas sofrerem menos condições crônicas severas e para a sua maior longevidade. Os homens envolvem-se mais em comportamentos de risco do que as mulheres – fumar e beber em excesso, conduzir perigosamente e sob efeito de álcool, praticar desportos perigosos, exibir comportamentos violentos, envolver-se em relações sexuais desprotegidas –, pelo que sofrem mais as consequências de doença, incapacidade e mesmo morte resultantes desses comportamentos. Também trabalham mais em setores de atividade que envolvem mais riscos, como sejam as minas, a construção civil ou as pescas, o que explica que sofram mais acidentes de trabalho. Os homens consomem menos cuidados em saúde, tendem a ignorar a dor e os sintomas e a não pedir ajuda (Silva e Alves, 2002; Bates *et al.*, 2009; Courtenay, 2000; Annandale e Clark, 1996; Doyal, 2001). No entanto, deixado inquestionado, o menor tempo de vida dos homens é usualmente entendido como natural e inevitável. Historicamente, as mulheres, e não os homens, foram encorajadas a ter comportamentos preventivos em saúde.

Annandale e Clark (1996) fazem referência à invisibilidade do estado de saúde dos homens, para a qual contribuíram as abordagens médicas, sociológicas e feministas. Dizem que não obstante os inúmeros exemplos providenciados pela pesquisa, pela literatura e pela vida quotidiana, as crenças e os comportamentos não promotores de saúde que os homens associam à masculinidade permanecem largamente invisíveis, o que, no seu entender, demonstra a força da construção social da resiliência e saúde masculinas. Por exemplo, enquanto o maior abuso de substâncias psicoativas é bem conhecido e documentado nos homens, o porquê desse abuso raramente é tido em conta, pelo que permanece pouco compreendido. Os comportamentos de risco, de violência e de negligência em relação à saúde são tipicamente associados aos homens, pelo que são tidos por garantidos e não questionados, o que reforça a assunção cultural ainda largamente dominante de que se trata de comportamentos naturais e inerentes à condição de ser homem.

As teorias de gênero consideram que os riscos em saúde dos homens são, em parte, moldados pelas normas e pelas expectativas sociais relativas à masculinidade. Os comportamentos de risco, a negligência com os cuidados de saúde, a menor atenção aos sintomas ou à dor são comportamentos requeridos no desenvolvimento e manutenção de uma identidade masculina, com claras consequências em termos de saúde. Os homens constroem a sua masculinidade em oposição às crenças positivas em saúde, porque essas crenças e a utilização de cuidados

de saúde são socialmente construídas como formas idealizadas de feminilidade. Rejeitar o que é feminino e subscrever a construção de masculinidade dominante pode exigir negligência em relação aos sintomas, à dor, ao desconforto, ou mesmo a ocultação da doença, quando ela já existe.

Contudo, segundo Courtenay (2000), os homens não são vítimas passivas de um papel socialmente atribuído, nem apenas condicionados pela socialização de género. São agentes ativos na construção e reconstrução dos modos dominantes de masculinidade. Frequentemente, é na demonstração de uma masculinidade hegemónica e na procura de poder e privilégios que os homens colocam em risco e prejudicam a sua saúde. Ao minimizarem as suas necessidades em saúde e ao aceitarem o risco, estão a construir e a reconstruir o género.

As investigações demonstram que as mulheres adotam crenças e comportamentos de saúde mais positivos do que os homens e que têm estilos de vida mais saudáveis, o que tem vindo a ser entendido como explicação para o facto de elas sofrerem menos condições crónicas severas e para a sua maior longevidade.

Em consonância com os pressupostos da teoria de género contemporânea, Courtenay (2000) defende que embora os homens tendam a subscrever ideais masculinos similares, podem envolver-se com estes ideais de diferentes modos, tendo em conta a sua articulação com a idade, a etnicidade, a classe social e a sexualidade. Ou seja, a relação entre saúde e género não deve ser entendida como estando isolada das relações complexas que ocorrem entre todas estas estruturas sociais, que se constroem mútua e concorrentemente. Ainda de acordo com os mesmos pressupostos teóricos, o autor diz que é fundamental compreender não apenas as diferenças em saúde que ocorrem entre homens e mulheres, mas também as que ocorrem entre os homens (e entre as mulheres). Assim, do mesmo modo que os homens exercem diferentes graus de poder sobre as mulheres, também exercem diferentes graus de poder entre eles. As masculinidades dominantes subordinam as masculinidades marginalizadas, como sejam os homossexuais, os homens das classes baixas, das zonas rurais, pertencentes a minorias étnicas. As práticas de saúde podem ser simultaneamente usadas para decretar e reforçar diferentes construções sociais.

É importante reconhecer mais do que uma masculinidade, assim como é importante reconhecer mais do que uma feminilidade, se queremos compreender os modos, complexos e socialmente contingentes, como o género está envolvido na produção e manutenção das desigualdades em saúde.

Os reflexos “nas migrações e na saúde dos migrantes”

Bárbara Bäckström

Historicamente, a noção de desigualdade de saúde apareceu, essencialmente, para comparar a mortalidade entre indivíduos pertencentes a grupos profissionais hierarquizados (Smaje, 1995). Quase todos os estudos comprovam uma alta correlação entre posição socioeconómica e estado de saúde que deriva numa vulnerabilidade dos indivíduos e consequente aumento de riscos para a saúde. Para-

doxalmente, vai aumentando a esperança de vida e o progressivo incremento das desigualdades de mortalidade e morbidade, ou seja, cresce a esperança média de vida, mas cresce também a distância entre as classes sociais.

Existem outras situações de desigualdade social com influência no estado de saúde, nomeadamente, quanto aos idosos que vivem isolados, às crianças filhas de pais alcoólicos e/ou toxicodependentes, aos imigrantes (especialmente os ilegais), aos refugiados, aos desempregados de longa duração, aos sem-abrigo, aos portadores de deficiência, às vítimas de desigualdades relacionadas com o género, às pessoas pertencentes a minorias étnicas e às que se prostituem.

No campo das migrações, etnicidade e saúde, o significado das categorias como a de "raça", etnicidade, e o próprio conceito de racismo, tornaram muito complicado o desenvolvimento de um corpo efetivo de investigação sobre as desigualdades sociais e a saúde, neste campo.

Um autor, Nazroo (1998), propõe três abordagens alternativas para estudar as desigualdades étnicas em saúde:

1. A primeira é a abordagem epidemiológica que, segundo o autor, é conduzida por descobertas empíricas e faz pouca referência aos conhecimentos sobre etnicidade, mas transporta consigo a pressuposição de que a etnicidade contribui desde logo com uma divisão dos grupos populacionais.
2. Uma segunda, a abordagem estrutural, concentra-se na posição socioeconómica e na classe social.
3. A terceira centra-se na identidade étnica e dá ênfase às filiações e pertenças de grupo e de cultura, tendo em conta o contingente e a natureza contextual da etnicidade.

Os determinantes culturais, como os costumes, crenças e representações acerca de saúde, doença e tratamento, são um aspeto importante a considerar, pois influenciam os comportamentos em saúde e a necessidade percebida de utilizar os serviços de saúde (Stronks *et al.*, 2001). Por outro lado, temos as desigualdades socioeconómicas associadas à pobreza, exclusão social, situações laborais precárias, que se traduzem sequencialmente nas reduzidas oportunidades de acesso à educação, informação e utilização dos serviços sociais e de saúde. Estas desigualdades levam a um aumento da vulnerabilidade, com consequências ao nível da saúde destas populações (Braveman e Gruskin, 2003). Temos aqui duas noções em jogo: desigualdade social e cultura, relacionadas com a saúde. Smaje (1995) refere que os dois termos remetem para uma diferença de saúde entre os indivíduos relacionada com fatores ou critérios sociais de diferenciação.

De acordo com Smaje (1995), uma comunidade migrante encontra-se tão estratificada quanto a sociedade de acolhimento. A relação dos imigrantes com os serviços de saúde e as políticas específicas de saúde para os imigrantes têm de ter em conta as diversidades de origem e dos grupos sociais, sendo necessário estar atento às especificidades que daí resultam, o que exige um ajustamento e adaptação a essa realidade. Muitas vezes, os padrões étnicos na saúde e na doença são resultado

de outras categorias produzidas socialmente e que reproduzem as desigualdades sociais. A etnicidade, usada como variável explicativa, sobretudo nos estudos anglo-saxônicos, esconde as condições sociais, económicas e culturais que estão na base das desigualdades e que são os fatores determinantes da saúde e da doença das pessoas. A diferença cultural e étnica também pode influenciar a saúde e as desigualdades sociais na saúde. Estas diferenças são explicadas pela posição socioeconómica e a atenção deve ser dada, desde o início, à relação entre a posição socioeconómica e a saúde, e não à pertença a um grupo étnico minoritário.

Em contexto migratório importam também as condições de legalização e de integração, o exercício da cidadania, o direito à proteção social, o racismo, a estrutura familiar e redes informais de suporte e o acesso ao emprego, à educação e aos serviços de saúde.

A literatura sobre etnicidade, migrações e saúde identifica a existência de uma relação entre a saúde e as características socioeconómicas e culturais da área de residência onde vivem os imigrantes (Reijneveld, 1998). A residência numa área pobre pode ser um determinante ainda mais poderoso do que o rendimento, a educação ou outro indicador socioeconómico. Os imigrantes apresentam, em geral, piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento. Frequentemente, residem em zonas degradadas com reduzidos serviços de âmbito social e de saúde, em condições habitacionais deficientes e sem infraestruturas básicas. Outro fator muito importante de alteração da saúde dos imigrantes é o tempo de residência no país de acolhimento.

A duração da estadia tem a ver com o ano de chegada ao país de acolhimento e uma maior duração significa uma pior saúde (Williams, 1993). O tempo de residência mais longo está associado ao total de sintomas relatados pelos indivíduos de ambos os sexos em conjunto e em separado. O tempo de permanência influencia a avaliação que os indivíduos fazem da sua situação. Quanto maior a "integração", maiores são as necessidades percebidas e mais os valores se assemelham aos padrões dominantes da sociedade de acolhimento e maior a sensação de exclusão. Outros estudos chegam à mesma conclusão, afirmando que a saúde dos imigrantes recém-chegados é melhor do que a dos indivíduos "locais". Os níveis de morbilidade para os imigrantes tende a ser mais baixo do que para a população de origem. Ao imigrarem, as pessoas são "selecionadas" com base no seu estado de saúde. No entanto, uma vez chegados aos países de acolhimento estes grupos podem tornar-se mais vulneráveis e mais expostos a fatores de risco, ao se confrontarem com um novo contexto onde se deparam com enormes diferenças que vão desde o meio ambiente, o clima, a língua, a cultura, ao funcionamento dos serviços.

No *The Black Report* (Townsend e Davidson, 1983) avançaram-se quatro hipóteses para explicar as desigualdades em saúde: a teoria do artifício, a materialista, a da seleção social e a cultural/comportamental. Uma destas explicações para as diferenças de saúde centra-se na explicação cultural/comportamental que envolve diferenças de classe em comportamentos que, ou são destrutivos ou são promotores da saúde, e que, em princípio, estão sujeitos a escolhas individuais. Na seleção social, a seleção pela saúde pode ser positiva para certos grupos de imigrantes ou

negativa. Os imigrantes estão envolvidos num processo de seleção social, salvo as partidas forçadas (refugiados, exilados, exportados) e os recém-chegados que vieram por iniciativa própria são mais saudáveis. As desigualdades de saúde são estruturais e as melhorias na saúde serão uma consequência direta de melhorias de condições de vida (alimentação, habitação, educação). Reconhece-se igualmente o contributo dos fatores culturais e, mais particularmente, as formas como eles se articulam com as desvantagens materiais.

A relação dos imigrantes com os serviços de saúde e as políticas específicas de saúde para os imigrantes têm de ter em conta as diversidades de origem e dos grupos sociais, sendo necessário estar atento às especificidades que daí resultam, o que exige um ajustamento e adaptação a essa realidade.

As desigualdades na saúde são resultado de problemas de acesso, de barreiras económicas ou de diferentes valores culturais?

A Comissão sobre os determinantes de saúde (CDSS, 2010) considerou o contexto político e socioeconómico (políticas macroeconómicas, políticas sociais, valores culturais e sociais) e a posição socioeconómica que inclui os rendimentos, o nível de instrução, a ocupação, o género e o grupo étnico, como sendo os principais geradores de níveis de saúde distintos que dependem desses fatores. Como explicar a associação entre posição social e saúde?

A articulação da problemática da estrutura de classes com a saúde e a doença é de extrema importância e o "trabalho" assume essa centralidade no contexto das desigualdades.

Existe igualmente uma forte associação entre estilos de vida adotados pelas pessoas e desigualdades de saúde. Se os estilos de vida são vistos como o resultado da livre escolha individual e do autocontrolo, ao mesmo tempo são influenciados pela cultura de pertença. O limite é o não reconhecimento que as resistências à mudança dos estilos de vida poderiam ser condicionadas por fatores estruturais. Os dois fatores não se excluem e integram-se para a análise das desigualdades. Os fatores socioeconómicos têm um maior peso explicativo das desigualdades e as interpretações culturais são muitas vezes úteis para analisar as condições de saúde dos grupos sociais de estatuto mais elevado.

As políticas de imigração vigentes nos países de acolhimento que não promovem a integração social e contribuem para a manutenção das condições associadas à vulnerabilidade das populações imigrantes podem influenciar de forma negativa a sua saúde (Carballo e Nerukar, 2001). De acordo com algumas investigações, a associação positiva entre imigração e risco na saúde parece estar relacionada com um limitado acesso aos serviços de saúde (Stronks *et al.*, 2001). Apesar da existência de cobertura e acesso universal aos cuidados de saúde na maior parte dos países recetores de imigrantes, o que se constata é que muitas vezes as comunidades não beneficiam de todos os serviços disponíveis e não são efetivamente abrangidas pelos sistemas existentes de promoção da saúde, prevenção ou tratamento da doença (McMunn *et al.*, 1998).

A migração internacional é considerada um dos maiores desafios da Saúde Pública a nível mundial. Atualmente há uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto na saúde, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações, migrantes e autóctones. Neste contexto, é fundamental um melhor conhecimento dos determinantes de saúde e do estado de saúde dos indivíduos e comunidades imigrantes. A crescente imigração, a que muitos países estão sujeitos, torna necessário refletir sobre políticas e estratégias de saúde integradoras e sustentadas, que produzam efeitos reais na redução de riscos e vulnerabilidades e permitam obter ganhos efetivos em saúde.

Os movimentos migratórios têm vindo a ganhar uma frequência cada vez mais acentuada no mundo atual. Em 2004, estimou-se que existiam cerca de 25 milhões de não nacionais a viver nos países da União Europeia (Eurostat, 2006). Em Portugal, dados de 2006 referem que a população estrangeira era constituída por 409.185 cidadãos, contabilizando autorizações de residência, autorizações de permanência e vistos de longa duração (SEF, 2006).

A migração internacional é atualmente considerada um dos maiores desafios a nível mundial, surgindo como fonte de reflexão para a generalidade dos países. Neste contexto, há uma reconhecida necessidade de compreensão da movimentação da população e do seu impacto, quer para os países de acolhimento, trânsito e origem, quer para as populações, migrantes e autóctones (Carballo e Nerukar, 2001). Na chegada aos países de acolhimento, os imigrantes confrontam-se com um contexto novo que inclui diferenças do meio ambiente físico e social, choque de culturas e estilos de vida, barreiras linguísticas, diferenças nos sistemas administrativos e legais, entre outros. Estas circunstâncias podem gerar problemas físicos, psicológicos e sociais, que muitas vezes se associam a outros riscos inerentes ao próprio indivíduo e ao país de origem.

O estado de saúde de uma população é resultado de redes complexas de determinantes que envolvem fatores biológicos, genéticos, psicossociais, estilos de vida e comportamentos, meio ambiente físico, socioeconómico e cultural, aspetos relacionados com os sistemas de saúde, e ainda fatores políticos e de nível macro-social (Reijneveld, 1998).

No contexto da migração, é cada vez mais consensual que a migração, em si mesma, não representa um fator de risco. Neste sentido, a migração tem impacto na saúde e os determinantes presentes em cada fase do processo migratório variam com:

- O tipo de migração (legal/irregular, voluntária/forçada);
- O ambiente global do país de origem, de trânsito e de acolhimento;
- As políticas de imigração adotadas no país de chegada, as condições de acolhimento;
- O contacto mantido com o país de origem (McKay *et al.*, 2003).

Assim, os efeitos da migração no estado de saúde do imigrante, bem como os padrões de morbilidade e mortalidade, dependem de quem está a migrar, quando migra, de onde emigra, para onde migra e quais os parâmetros de saúde que estão a ser avaliados (Carballo, 2007). Apesar de se considerar que, em geral, a população que migra é a mais saudável, estes grupos poderão estar mais vulneráveis à doença pelos riscos para a saúde e bem-estar a que estão expostos nos países recetores (Kandula, 2004), já no decorrer do seu processo de instalação e a médio ou longo prazo.

A migração internacional é considerada um dos maiores desafios da Saúde Pública a nível mundial.

Os determinantes socioeconómicos têm ganho especial relevo no esforço de compreensão da relação entre migração e vulnerabilidade no que diz respeito à saúde (Reijneveld, 1998). Os imigrantes apresentam, em geral, piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento. Frequentemente, residem em zonas degradadas com reduzidos serviços de âmbito social e de saúde, em condições habitacionais deficientes e sem infraestruturas básicas. Ao contrapor a pertença a um grupo de imigrantes a um grupo social de pertença para compreender as desigualdades sociais em saúde, temos de ter em mente que a imigração está sobretudo associada a diferenças culturais, e diferenças de crenças e valores, enquanto o grupo social está sobretudo associado a diferenças económicas e materiais.

A agregação dos indivíduos em grupos sociais e em grupos étnicos é artificial e esconde a possibilidade de haver variação na saúde entre grupos ou intragrupos (Williams *et al.*, 2000). As desigualdades na saúde podem ser explicadas através dos fatores sociais, constituindo-se um corpo de hipóteses quando se analisam os diferentes grupos de imigrantes com experiências sociais diferentes que afetam a sua saúde. Exemplos disto são os mecanismos discriminatórios que podem funcionar como exposições cumulativas ao longo da vida. Estes mecanismos discriminatórios podem ser de ordem económica (acesso a bens e serviços, segregação residencial, acesso aos mercados de trabalho), política (direitos políticos) e cultural (sistema de crenças).

O estado de saúde de uma população é resultado de redes complexas de determinantes que envolvem fatores biológicos, genéticos, psicossociais, estilos de vida e comportamentos, meio ambiente físico, socioeconómico e cultural, aspetos relacionados com os sistemas de saúde, e ainda fatores políticos e de nível macrossocial.

A revisão da bibliografia e a análise de alguns indicadores de acesso à saúde das principais comunidades de imigrantes residentes em Portugal permitiram concluir que, apesar de se terem registado, no plano legislativo, avanços significativos, não existem ainda os estudos necessários para fazer uma avaliação detalhada e fundamentada das condições e práticas de saúde dos imigrantes, bem como da qualidade e da adequação dos serviços prestados pelo Sistema Nacional de Saúde. Além disso, constatou-se também que as tendências observadas na população realojada na Alta de Lisboa (Fonseca *et al.*, 2006) coincidem com as desigualdades sociais referidas na literatura científica sobre as questões da saúde noutros países europeus.

Por conseguinte, estas populações apresentam vulnerabilidades específicas da condição de migrante, nomeadamente *stress* resultante de um maior isolamento social, do desconhecimento da língua e das regras de funcionamento da sociedade de acolhimento, estigmatização e atitudes discriminatórias por parte de alguns profissionais de saúde e ainda desvantagens adicionais provocadas pela sua situação perante a lei, maior precariedade no emprego, condições de habitação e menor acesso aos mecanismos de proteção social.

As diferenças ao nível das práticas dos indivíduos e da autorrepresentação do seu estado de saúde devem ser interpretadas como diferenças culturais.

Desigualdades em saúde e doença mental

Fátima Alves

À semelhança da saúde e doença em geral, a saúde e a doença mental não se distribuem de igual forma tendo em conta o tecido social que imprime modos de viver e de ser distintivos. Neste contexto, procuraremos analisar as desigualdades em saúde e doença mental, não nos detendo nas especificidades deste campo e dos perigos de o abordar no contexto geral das desigualdades de saúde, pois todos concordaremos que falar de diabetes não será a mesma coisa que falar de esquizofrenia, por exemplo. Ou até dentro do próprio campo, pois falar de esquizofrenia não será a mesma coisa que falar de depressão. O objetivo deste texto é o de problematizar a relação entre as circunstâncias sociais e materiais e as experiências de saúde e doença mental, o que exigirá desde logo analisar o impacto das variáveis classe social, género, origem étnica, desemprego e pobreza no bem-estar mental das populações.

A sociologia tem vindo a abordar a doença mental do ponto de vista das estruturas e dos sujeitos sociais. Problematisa concepções, vivências e práticas, ao nível dos indivíduos, das instituições, dos profissionais, das políticas, das ciências. Procura compreender como é que as sociedades definem o que é "normal" e "anormal" e como lidam com a doença mental. É neste sentido que deve ser entendida a afirmação de que a sociologia estuda a saúde e a doença mental enquanto fenómeno construído socialmente e não enquanto realidade biopsicológica. Esse é o domínio da psiquiatria.

Os estudos epidemiológicos e as estatísticas existentes são frequentemente alvo de inúmeras críticas visto que a sintomatologia autodeclarada aparece intimamente relacionada com a estrutura social e cultural e isso raramente é tido em conta. Frequentemente, as estatísticas oficiais existentes referem-se aos serviços públicos, deixando de fora toda a clínica privada, sobretudo os consultórios, o que enviesará desde logo as características sociográficas que podem aqui ser consideradas para uma compreensão mais aprofundada. Os fatores sociais constituem-se em elementos explicativos dos comportamentos e das práticas que devem ser interpretados em função do sentido cultural que neles se revela. Neste contexto, a doença mental é um significativo cultural e social. Ela está implicada nas condições sociais da vida. Ela funciona como um espelho da sociedade e da cultura.

É internacionalmente reconhecido que as desigualdades estão relacionadas com as condições socioeconómicas e culturais nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. As pessoas menos favorecidas economicamente têm condições ambientais piores, nomeadamente ao nível da habitação, recursos básicos, trabalho, acesso à informação e educação, etc., estando deste modo mais expostas a vários tipos de doenças físicas e mentais. Elevadas percentagens de perturbações mentais têm vindo a ser encontradas nas classes sociais mais baixas, nas mulheres, nos desempregados, nos sujeitos com menor escolaridade, em suma: nos pobres. Os primeiros estudos sobre as desigualdades sociais e doença mental também revelaram uma diferente disponibilidade nas diferentes classes sociais para utilizar os serviços disponíveis (Hollingshead e Redlich, 1958).

Neste contexto, entre pobreza e doença mental estabelece-se uma relação quase circular: a pobreza é potencialmente geradora de doença mental e esta, por sua vez, potencia a pobreza gerando desemprego, e com este a falta de condições materiais que conduzem à deterioração das condições sociais, das redes sociais e das relações de sociabilidade. As populações atingidas por taxas mais elevadas de doença apresentam maior dificuldade para saírem da situação de exclusão que vivem e aprofundam-na duplamente: por serem pobres são doentes e por serem doentes têm mais dificuldade em sair da pobreza. Ou seja, a pobreza pode ser simultaneamente determinante e consequência de doença mental (Hollingshead e Redlich, 1958).

Portugal ocupa neste contexto uma posição de vulnerabilidade, sobretudo se pensarmos na crise económica que tem vindo a alterar profundamente a relação com o mercado de trabalho, com as políticas públicas e com a estrutura da família. Segundo estudos recentes do Eurostat e do PNUD, Portugal é dos países europeus onde a desigualdade social é maior. As diferenças entre os mais ricos e os mais pobres têm vindo a aumentar (Estanque, 2006), sendo que parte significativa da população portuguesa vive no limiar da pobreza, o que sem dúvida se virá a refletir ao nível da saúde mental.

O impacto dos estilos e das condições de vida na saúde das populações é um tema que tem vindo a ser debatido pela epidemiologia e saúde pública mas também pelas ciências sociais. Os determinantes sociais têm estado no centro deste debate. Como é que estes determinantes, presentes na vida das pessoas, mesmo antes do nascimento, afetam as conceções e os comportamentos que precipitam ou predis põem para o despoletar de situações de doença física ou mental?

Os estudos dirigidos ao género têm vindo sistematicamente a atribuir às mulheres as maiores prevalências de doença mental nos países ocidentais, quer ao nível dos estudos epidemiológicos populacionais, quer ao nível das estatísticas oficiais e de utilização dos serviços de psiquiatria (sobretudo nos quadros depressivos e ansiedade). Os homens, por seu lado, têm vindo a registar elevadas taxas de suicídio e de perturbações da personalidade (Retterstol, 1993 *in* Clarke, 2001), apesar de mais mulheres que homens se tentarem suicidar. Para além das explicações biológicas que atribuem a perturbação mental a alterações hormonais típicas do ciclo de vida (menstruação, menopausa, etc.), existem outras explicações que mo-

É internacionalmente reconhecido que as desigualdades estão relacionadas com as condições socioeconómicas e culturais nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

ocidentais. De igual forma é analisada a socialização diferencial de uns e outros visto que às mulheres é autorizado que falem mais dos seus problemas emocionais e têm maior facilidade em procurar ajuda profissional. Os homens culturalmente resistem mais, pois é visto como sinal de fraqueza (Clarke, 2001; Alves, 2011). O trabalho fora de casa aparece tanto como protetor da depressão como, em articulação com a sobrecarga de papéis e funções, precipitante (Rogers e Pilgrim, 2003).

Portugal ocupa neste contexto uma posição de vulnerabilidade, sobretudo se pensarmos na crise económica que tem vindo a alterar profundamente a relação com o mercado de trabalho, com as políticas públicas e com a estrutura da família.

De uma maneira geral os sistemas de saúde ocidentais procuram atingir a equidade. No entanto, permanece uma forte desigualdade no tipo de serviços que cada sistema de saúde em geral e de saúde mental em particular proporciona, como podemos verificar por exemplo neste livro, no capítulo sobre as políticas de saúde mental, de Breno Fontes, Eliane Fonte e Pedro Hespanha (Capítulo 6). Também nesse capítulo podemos constatar que, em Portugal, no campo mental podemos observar fortes desigualdades ao nível do acesso aos serviços e seus profissionais.

Os estudos sobre a classe social também nos têm permitido compreender que existe uma relação entre esta e a evolução da doença: os pacientes das classes sociais mais baixas tendem a permanecer nos hospitais ou, no caso de terem alta, apresentam maior probabilidade de recaída, do que os pacientes das classes sociais mais elevadas. Esta concentração da doença mental nas classes mais baixas tem sido explicada, segundo Clarke (2001), através de quatro hipóteses:

1. **Hereditariedade genética** – Na hipótese de hereditariedade genética, alguns estudos defendem que a maior predisposição para ter doença mental nas camadas mais baixas da sociedade se deve a situações de maior vulnerabilidade e não à condição de pobreza em si mesma. Outros acentuam, como explicação causal, as circunstâncias do meio ou fatores socioculturais.
2. **Seleção social** – Na hipótese da seleção social defende-se que a classe social não é a causa mas a consequência da perturbação mental. Ou seja, a situação de doença desenvolve incapacidade em manter a posição na estrutura de classe, atirando estas pessoas para classes mais baixas ou, uma vez aí, impedindo-lhe a mobilidade social.
3. **Stress social** – A hipótese do *stress* social aponta para o facto de piores condições de vida tenderem a gerar sentimentos de insegurança, vulnerabilizando e fragilizando as pessoas e podendo desencadear doença mental.

4. **Reação social** – Por fim, a da reação social acentua a relação inversa entre classe social e a prevalência de doença mental focando em particular o processo da rotulação psiquiátrica. Como quem rotula é proveniente das classes médias, o que se observa como sendo perturbação psiquiátrica junto das classes mais baixas, na realidade pode tratar-se de desvios face às normas da própria classe média.

As abordagens estruturalistas centram-se na identificação do papel que os fatores sociais desempenham na explicação das doenças mentais e problematizam as relações entre a estrutura social e a incidência e prevalência de perturbação mental. A doença mental resulta da exposição a fatores (de natureza ambiental, social, cultural) precipitantes. Predominam as pesquisas sobre o “stress social” e os *live events* enquanto fatores precipitantes e que contribuem para a explicação causal da doença mental. Outras têm relacionado o surgimento da doença mental com o “suporte social” quando se problematizam os fatores de vulnerabilidade (Clarke, 2001; Rogers e Pilgrim, 2003).

O interacionismo perspetiva a doença mental como comportamento desviante produzido pela sociedade (Scheff, 1999) que, mais do que significar perturbação intrapsíquica, reflete as condições sociais e culturais presentes na interação social. Segundo os interacionistas, quando as pessoas se desviam de condutas e papéis esperados socialmente, uma reação comum é a de negar o desvio de forma a manter a pessoa no seu papel social. Os sintomas são diagnosticados como doença mental em circunstâncias sociais específicas. A rotulagem varia de acordo com os níveis de tolerância ao desvio numa cultura particular. Uma sociedade quanto mais conformista, maiores os níveis de admissão hospitalar. Contudo, há um acordo em que, uma vez rotulado, isso altera de forma significativa a identidade social e o estatuto social (Scheff, 1999).

As teorias críticas abordam a doença mental do ponto de vista das estruturas sociais onde situam e procuram compreender a ação e o comportamento individual. Enaltecem os fatores estruturais e políticos que determinam a “configuração” das doenças, as estruturas de poder onde se definem e os processos de legitimação social. Contribuíram sem dúvida para a determinação da importância dos fatores sociais/estrutura social na explicação da doença mental (Alves, 2011).

O construtivismo social perspetiva a realidade social como produto da atividade humana. Centra a análise nas regras e normas sociais e culturais. A categoria “doença mental” não reproduz linearmente a realidade em si. Não é algo que existe na natureza e que se pode definir objetiva e universalmente. Como qualquer outra categoria, a doença mental reproduz a realidade mediatizada pelo olhar da cultura que lhe confere significados e sentidos específicos (num tempo e num espaço). Nessa medida, traduz um sistema de conhecimento socialmente contingente (nenhum sistema de conhecimento é universal e absoluto) que se reconstrói continuamente em presença de circunstâncias sociais várias. As características que autorizam a definição (e a decisão) do que é ou não é doença mental residem precisamente nas regras socioculturais que nos dizem o que é normal ou anormal a nível da ação humana, em particular, e do fenómeno humano, em geral (Alves, 2011).

Sendo assim, o mesmo comportamento quando manifestado em diferentes contextos pode ser alvo de interpretações diferentes e consequentemente desencadear ações distintas. De facto, muitos sociólogos, antropólogos, entre outros, se têm reportado a esta diversidade cultural e à constatação de que os costumes e normas que regem as interações em cada sociedade podem ser encarados noutras como patológicos ou sintomáticos de doença. A doença tem consequências não só ao nível individual, mas também ao nível do grupo e da comunidade onde a pessoa está inserida. Ela pode interferir na relação entre os seus membros, reduzindo a sua capacidade de exercer e interpretar os papéis sociais que lhe estão atribuídos (Clarke, 2001; Rogers e Pilgrim, 2003).

Do ponto de vista epidemiológico e segundo vários organismos internacionais, como a OMS, o mundo deve preocupar-se com a doença mental visto que se espera que a muito curto prazo ela se transforme na epidemia do século XXI. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) identifica a depressão como a principal causa de incapacidade em todo o mundo e estima que em 20 anos venha a ocupar a segunda das principais causas de doenças no mundo. Se as atuais tendências de transição demográfica e epidemiológica se mantiverem até 2020, a OMS estima que a taxa da depressão aumentará para 5,7% do total de doenças e em 20% dos casos seguirá um curso crónico, constituindo a segunda causa de morbilidade no mundo. Nos já existentes estudos de base populacional realizados em países industrializados, tem vindo a ser apontada uma prevalência que varia entre 7 a 30% (Goldberg e Huxley, 1992). Associados à depressão, são referidos em relação à vida nas cidades os “transtornos mentais comuns” (Goldberg e Huxley, 1992) como por exemplo os sintomas de ansiedade, fadiga, insónia, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que têm vindo a aumentar e a ser crescentemente medicalizados.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde, em Portugal a depressão ocupa a terceira posição no conjunto das doenças crónicas e representa 8,3% no continente, 5,4% na Região Autónoma dos Açores e 4,1% na Região Autónoma da Madeira (INE, 2009).

O primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental, ainda não publicado, mas publicamente apresentado em 2010, de Caldas de Almeida e Xavier, aponta para que aproximadamente 43% da população portuguesa sofreu de perturbações mentais ao longo da vida e quase 23% dos portugueses tiveram uma doença mental nos 12 meses anteriores ao estudo, o que coloca Portugal próximo de sociedades como os EUA.

Do ponto de vista epidemiológico e segundo vários organismos internacionais, como a OMS, o mundo deve preocupar-se com a doença mental visto que se espera que a muito curto prazo ela se transforme na epidemia do século XXI.

Em suma, constatamos que as perspetivas sociológicas introduzem instrumentos mais finos para definir e tratar indicadores que nos permitam ter uma noção da importância dos fatores sociais e culturais não apenas no precipitar e favorecer o surgimento da atribuição de diagnósticos psiquiátricos, na determina-

ção da sua evolução, mas também na compreensão das vivências, dos sentidos e significados sociais que neles se revelam.

Conclusão

A análise das desigualdades sociais perante a saúde e a doença exige que se considerem as suas determinantes sociais não só através de indicadores como a classe social, profissão, escolaridade, entre outros, mas também através de indicadores que nos esclareçam sobre os sentidos e significados, as experiências que condicionam os comportamentos e a ação dos indivíduos e grupos.

É neste sentido que a sociologia e as ciências sociais contribuem para uma maior compreensão dos fatores sociais e culturais, quer no surgimento e evolução da doença, quer na compreensão das vivências, dos sentidos e significados que neles se revelam.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde, em Portugal a depressão ocupa a terceira posição no conjunto das doenças crónicas e representa 8,3% no continente, 5,4% na Região Autónoma dos Açores e 4,1% na Região Autónoma da Madeira.

Referências

- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.
- Annandale, H. & Hunt, K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploring of their relative contribution to explaining gender differences in health. *Sociology of Health and Illness*, 12(1): 24-46.
- Annandale, E. & Clark, J. (1996). What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of Health and Illness*, 18 (1): 17-44.
- Annandale, E. & Hunt, K. (2000). Gender inequalities in health: research at the crossroads. In Annandale, E. & Hunt, K. (Eds.) *Gender Inequalities in Health*. Buckingham: Open University Press, 1-35.
- Babones, S. (2010). Income, education, and class gradients in health in global perspective. *Health Sociology Review*, 19(1): 130-143.
- Bates, L. et al. (2009). Gender and health inequalities: a comment on the final report of the WHO Commission on the social determinants of health. *Social Science and Medicine*, 69 (7), 1002-1004.
- Boltanski, L. (1971). Les Usages sociaux du corps. *Annales Economies-Sociétés-Civilisations*, 26: 205-233.
- Broom, D. (2008). Gender in/and/of health inequalities. *Australian Journal of Social Issues*, 43 (1): 11-28.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7): pp. 539-545.
- Carballo, M., Nerukar, A. (2001). Migration, refugees, and health risks. *Emerging Infectious Diseases*, 7 (3): pp. 556-560.
- Carballo, M. (2007). *The challenge of migration and health*. Antwerp: International Centre for Migration and Health.
- CDSS (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. *Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal: Organização Mundial da Saúde.
- Clarke, A. (2001). *The Sociology of Healthcare*. London: Prentice Hall.

- Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50 (10): 1385-1401.
- Desplanques, G. (2009). Fin du XXème siècle: à 35 ans, une espérance de vie 9 ans plus courte pour les manoeuvres que pour les professeurs. *Problèmes politiques et sociaux*, 960 (Maio): 17-18.
- Dixon, A. et al. (2003). Is the NHS Equitable?. *Discussion Paper*, 11. London: LSE.
- Dominguez, S. & Arford, T. (2010). It Is All About Who You Know: Social Capital and Health in Low-income Communities. *Health Sociology Review*, 19(1): 114-129.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender and health: the need for a new approach. *BMJ*, 323: 1061-1063.
- Estanque, E. (2006). A questão social e a democracia no início do século XXI: participação cívica, desigualdades sociais e sindicalismo. *Revista Finisterra* (vol. 55-56-57): 77-99.
- Eurostat (2006). Statistics in focus: non-national populations in the EU Member States. Disponível: http://www.cefmr.pan.pl/docs/sif_06-008_en.pdf (acesso em 30/04/2013).
- Ferreira, P. & Silva, P. (2007). Diferenças sociais na morte: a evolução do número de óbitos na população activa portuguesa (1998 a 2001). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1): 71-83.
- Fonseca, M. L. et al. (2006). *Programa de Desenvolvimento Comunitário Urbano K'Cidade - Análise da situação de Partida na Alta de Lisboa*. Lisboa: CEG/AKP Portugal [policopiado].
- Kandula, N. R. (2004). Assuring the health of immigrants: what the leading health indicators tell us. *Annual Review Of Public Health*, 25: pp. 357-76.
- Korp, P. (2008). The Symbolic power of 'healthy lifestyles'. *Health Sociology Review* 17(1): 17-26.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1992). Common Mental Disorders. *A Bio-social Model*. London: Routledge.
- Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C. (1958). *Social Class and Mental Illness*. Nova Iorque: John Wiley.
- INE (2009). *Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. Lisboa: INE.
- McDonough, P. & Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*, 52 (4): 547-559.
- Macintyre, S. et al. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem?. *Social Science and Medicine*, 42 (4): 617-624.
- McKay, L., Macintyre, S. & Ellaway, A. (2003). *Migration and Health: A Review of the International Literature*. Glasgow: Medical Research Council - Social and Public Health Sciences Unit.
- McKeown, T. (1990). *The medical contribution, Health and Disease - a Reader*. In N. Black et al. GB e USA: Open University Press, 371: 107-114.
- McMunn, A. et al. (1998). Health service utilization in London's African migrant communities: Implications for HIV prevention. *Aids Care*, 10 (4): pp. 453-462.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (1997). *A Saúde dos Portugueses*, Lisboa.
- Nazroo, J. (1998). Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. *Sociology of Health and Illness*, 20: pp. 710-730.
- Nettleton, S. (2001). *The Sociology of Health & Illness*. London: Polity Press.
- OMS (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001 - Doença mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde. Acesso em 10/05/2012 em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Reijneveld, S. (1998). Reported health, lifestyles and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52 (5): pp. 298-304.
- Ridgeway, C. & Lynn, S.-L. (1999). The gender system and interaction. *Annual Review of Sociology*, 25: 191-216.
- Rocha, C. et al. (2010). Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad. Saúde Pública* (vol. 26, n.º 5): pp. 1003-1012.
- Rogers, A. & Pilgrim, D. (2003). *Mental health and Inequality*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Saurel-Cubizolles, M.-J. & Blondel, B. (1996). *La Santé des femmes*. Paris: Flammarion.

- SEF (2006). "Relatório de Actividades – Imigração, Fronteiras e Asilo". Disponível: http://www.sef.pt/documentos/56/RelatorioActividSEF_2006_DIGITAL.pdf (acesso em 02/04/2013).
- Scheff, T. J. (1999). *Being Mentally ill – a sociological theory*. Nova Iorque: Aldine de Gruyter.
- Silva, L. & Alves, F. (2002). *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Edições Afrontamento.
- Smaje, C. (1995). *Health "Race" and ethnicity: making sense of the evidence*. London: Kings Fund Institute.
- Stronks, K., Ravelli, C. J. & Reijneveld, A. S. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55 (10): pp. 701-707.
- Townsend, P. & Davidson, N. (Eds.) (1983). *Inequalities in health – the black report*. GB: Penguin Books.
- Williams, R. (1993). Health and length of residence among south Asians in Glasgow: a study controlling for age. *Journal of Public Health Medicine*, 15: 52-60.
- Williams, S. J., Gabe, J. Calnan, M. (Eds.) (2000). *Health, medicine and society: key theories, future agendas*. London; New York: Routledge.